

L'IVEPS ÉVALUE LES MAISONS MÉDICALES

Le Gouvernement wallon a adopté en septembre 2015 un plan de lutte contre la pauvreté (PLCP). Il en a confié l'évaluation à l'IVEPS, et notamment celle de la mesure 5.1.2 visant à développer les maisons médicales. Quel impact sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ? Voici les points saillants de cette étude.

Clarisse Van Tichelen, chargée de recherche à l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IVEPS), direction Recherche et Évaluation.

Le secteur est hétérogène, mais plusieurs critères aident à en définir les contours : le financement au forfait plutôt qu'à l'acte, l'agrément « association de santé intégrée » (ASI)¹ de la Région wallonne ou encore l'affiliation à une fédération. On en compte trois : la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM), Médecine pour le peuple (MPLP) et la Fédération des pratiques forfaitaires (FEPRAF). Pour cette évaluation, nous considérons comme des maisons médicales l'ensemble des pratiques forfaitaires en Région wallonne agréées ou non (14) ainsi que l'ensemble des ASI (78), soit 92 structures en 2018.

Dans quelle mesure ces maisons médicales (et particulièrement les ASI) améliorent-elles l'accès aux soins de santé de première ligne des personnes précaires en Région wallonne ? Nous avons décomposé cette question d'évaluation en trois volets :

- Dans quelle mesure les caractéristiques socioéconomiques et le comportement de la patientèle diffèrent-ils selon le type de pratique de médecine générale (maison médicale au forfait, maison médicale à l'acte et pratiques à l'acte classique) ?
- En milieu urbain, les maisons médicales à l'acte ont-elles une patientèle significativement plus précarisée ?
- Quels sont les différents mécanismes mis en place par les maisons médicales qui ont un impact sur l'accès aux soins de première ligne pour les personnes précaires en Région wallonne ?

Les deux premières questions sont abordées via des données quantitatives issues de l'Agence intermutualiste et de la FMM. La dernière question fait l'objet d'une analyse qualitative via des études de cas multiples.

Qui se soigne en maisons médicales ?

En 2016 en Wallonie, la majorité des gens (95,2 %) consultent en pratique médicale à l'acte classique (chez un médecin généraliste solo ou dans un cabinet de médecins). La patientèle inscrite en maison médicale au forfait représente 3,6 % de la population et celle en maison médicale à l'acte 1,3 %.

La patientèle en maison médicale au forfait est fortement plus précaire : plus du double de bénéficiaires d'intervention majorotée (BIM), de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS) et de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), notamment, qu'en pratique à l'acte classique. La patientèle en maison médicale à l'acte est également plus précaire que la moyenne wallonne, mais se rapproche plus de la pratique à l'acte classique que des maisons médicales au forfait. On peut se demander si cette patientèle plus précaire s'explique uniquement par la localisation des maisons médicales. Les maisons médicales au forfait et, dans une moindre mesure, les maisons médicales à l'acte sont situées dans des communes plus défavorisées. L'analyse montre qu'à Liège les maisons médicales au forfait recrutent de manière quasi systématique une proportion plus importante de BIM que la moyenne du secteur statistique². À Charleroi et à Namur, les maisons médicales

1. Asbl où plusieurs disciplines (au minimum deux médecins généralistes, un kinésithérapeute, un infirmier et une fonction d'accueil) sont intégrées dans un travail d'équipe. L'ASI doit s'assurer la collaboration de psychothérapeutes et d'assistants sociaux. L'assemblée générale est composée principalement des membres de l'équipe. L'ASI assure des soins accessibles à tous, de manière continue. Elle offre des fonctions de santé curatives et non curatives. Elle est connectée au réseau local et fonctionne à l'acte ou au forfait.

2. Boutsen et al., *Les maisons médicales à la loupe*, Solidaris, 2017.

à l'acte recrutent, dans la majorité des secteurs statistiques, plus de BIM que la pratique à l'acte classique. Autrement dit, au sein d'un même quartier, on retrouve proportionnellement plus de personnes précaires inscrites en maison médicale qu'en pratique à l'acte.

La consommation de soins

La part de la population qui a consulté au moins une fois un médecin généraliste est plus importante au forfait (82%) qu'à l'acte (79%), mais surtout pour les non-BIM et les moins de soixante-cinq ans. Quant au nombre moyen annuel de contacts avec un généraliste (pour un patient qui consulte), il est le plus élevé en maison médicale à l'acte pour un BIM, et en maison médicale au forfait pour un non-BIM. Au niveau communal, ce taux est fortement corrélé à une faible espérance de vie et avec les indices de « défavorisation ». Il est en revanche faiblement corrélé à la densité de médecins généralistes et à la structure d'âge locale. Cette analyse met en évidence l'existence de barrières à l'accès au médecin généraliste pour les non-BIM en pratique à l'acte classique. Ces barrières semblent beaucoup moins présentes pour les maisons médicales au forfait et dans une moindre mesure pour les maisons médicales à l'acte. De plus, une analyse de la morbidité de la patientèle selon le type de pratiques serait très intéressante, nos résultats tendant à montrer une morbidité plus importante des patients en maison médicale.

L'accès aux soins de santé de première ligne

Nous avons réalisé quatre études de cas : une maison médicale au forfait non-ASI affiliée à la FEPRFAO en commune urbaine ; une maison médicale au forfait ASI affiliée à la FMM en commune urbaine ; une maison médicale à l'acte ASI non affiliée en commune semi-rurale et une maison médicale à l'acte ASI affiliée à la FMM en commune rurale. Les données ont été récoltées lors d'entretiens exploratoires avec les gestionnaires, d'entretiens semi-directifs individuels avec des patients, par observation directe à l'accueil et lors de focus groups avec les professionnels de santé.

Dans un contexte de pénurie de médecins généralistes, nous constatons que les maisons médicales présentent deux atouts pour attirer et

maintenir des professionnels de santé en première ligne : travailler en équipe interdisciplinaire et disposer d'un service d'accueil, de secrétariat et de gestion. Les maisons médicales améliorent également l'accès physique grâce à une localisation optimale, en concentrant plusieurs disciplines au même endroit. Grâce au réseau et surtout aux partenariats établis avec d'autres structures sociales (telles que les relais santé), les maisons médicales permettent à des personnes éloignées du système de soins de santé de bénéficier d'un accès aux soins. Remarquons que l'appellation « maison médicale » est en soi un facteur d'identification d'une structure facilitant cet accès.

Les pratiques de groupe permettent une mixité de genre et une mixité socioculturelle appréciées par les patients. Mais c'est surtout la sensibilité des professionnels face aux situations de précarité qui a un impact positif sur l'acceptabilité des soins, même si ce n'est pas l'apanage des maisons médicales. Les dispositifs pour contourner l'obstacle de la langue facilitent également l'accès pour certaines populations. Liam, patient : « *Il y a une diversité dans la maison médicale, il y a des médecins de toutes origines. Personnellement, ça me rassure, je sens bien qu'il n'y aura pas de racisme. J'ai des amis qui sont partis chez des médecins privés et vu qu'ils sont d'origine maghrébine, ils ne se sentaient pas à l'aise parce qu'ils sentaient que le médecin avait des réserves.* »

Concernant l'accès financier, on constate une stratégie d'accessibilité étendue et une attention spécifique. Il ne s'agit pas uniquement de ne pas payer les consultations chez les médecins, kinés et infirmiers lorsque la maison médicale fonctionne au forfait. Pour les maisons médicales à l'acte, il s'agit aussi de généraliser le tiers payant³ au-delà du tiers payant social obligatoire et, dans certains cas, de ne pas percevoir le ticket modérateur⁴. Cela a surtout un impact pour des non-BIM, mais en situation de faiblesse financière. « *Ici tu ne paies pas la consultation alors que quand tu vas chez un médecin privé, tu dois avancer minimum 25-30 euros. Et comme on est nombreux, c'est important pour*

Les dispositifs pour contourner l'obstacle de la langue facilitent également l'accès pour certaines populations.

3. Mode de paiement par lequel le prestataire de soins reçoit directement l'intervention financière de la mutualité. Cela permet aux patients de ne payer que l'éventuel ticket modérateur et de ne pas avancer l'intervention de la mutuelle avant de se faire rembourser.

4. La part financière de la consultation qui reste à charge du patient et pour laquelle il ne perçoit pas de remboursement.

Le service d'accueil, lorsqu'il est explicité comme lieu de soins, apporte un vrai plus aux personnes précaires et isolées.

nous d'être ici », dit Leila. La stratégie financière consiste aussi à proposer des consultations chez d'autres professionnels (psychothérapeute, dentiste, etc.) à tarif réduit, à porter une attention à la prescription de médicaments (nécessité, coût) ou à proposer des activités de santé communautaire gratuites ou peu onéreuses.

Lorsqu'une personne est inscrite en maison médicale, son premier réflexe est de la contacter quand elle a besoin de soins, ce qui a probablement pour effet une plus faible utilisation de la seconde ligne (et donc moins de dépenses en santé).

Les maisons médicales fluidifient les démarches du patient : contact facilité grâce à l'accueil, simplification administrative engendrée entre autres par le forfait, centralisation des disciplines et disponibilité des médecins généralistes. La possibilité de prendre rendez-vous est appréciée, de même que la durée, plus longue, du temps consacré à chaque consultation de médecine générale.

Des mécanismes, comme la durée de la consultation, améliorent la qualité et la pertinence des soins. La pratique de groupe et le partage des dossiers médicaux augmentent leur continuité. Les nombreuses interactions formelles et informelles de l'équipe apportent une prise en charge interdisciplinaire qui semble bénéfique au patient. Le service d'accueil, lorsqu'il est explicité comme lieu de soins, apporte un vrai plus aux personnes précaires et isolées. Jeanne : « *Je ne suis pas un numéro, j'arrive et on me reconnaît, c'est des petits trucs, mais ça fait plaisir.* » Isabelle : « *J'ai de très bons contacts avec l'accueillante, on se connaît. Quand je téléphone, je sais que ça va aller.* » La présence d'un assistant social a un effet positif sur les conditions matérielles des patients, mais cela n'empêche pas que certains d'entre eux reportent ou renoncent à des soins (médicaments, soins psychologiques et soins dentaires principalement). Les activités de santé communautaire permettent de rompre l'isolement social (mais ne semblent pas toujours parvenir à toucher les patients qui en auraient besoin).

Recommandations

Il semble que les critères ASI sont adéquatement ciblés par rapport aux activités ayant un effet positif sur l'accès aux soins et que l'affiliation à une fédération garantit leur respect (le fait notamment de développer des partenariats et de ne pas exclure de patients pour des raisons financières). Il faudrait toutefois pouvoir aller à la rencontre d'un nombre plus élevé d'ASI non affiliées pour affiner ce constat.

Les maisons médicales au forfait non agréées permettent également d'améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires, mais toutes ne développent pas l'ensemble des activités influentes (partenariats avec le relais santé, activités de santé communautaire ou fonction d'accueil comme lieu d'écoute et de soins). En ce sens, l'agrément ASI est pertinent, car il permet une homogénéisation. Les critères que les maisons médicales wallonnes doivent respecter pour devenir ASI sont pertinents, de même que leur financement. Il nous semble donc important que cette politique puisse continuer à fonctionner en enveloppe ouverte, autrement dit que les nouvelles pratiques répondant aux critères puissent être agréées et financées.

Autres points d'attention :

- Améliorer la promotion de l'agrément ASI pourrait favoriser la création de maisons médicales à l'acte ou la transformation de pratiques à l'acte en maisons médicales.
- Élargir les critères de sélection dans le cadre d'un potentiel nouvel appel à projets du Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER)⁵.
- Réfléchir à une harmonisation des structures pour que l'appellation « maison médicale » fasse référence à des structures facilitant l'accès aux soins. Celle-ci n'étant actuellement pas protégée, des pratiques qui ne développent pas l'ensemble des activités des maisons médicales peuvent l'utiliser.
- Améliorer la formation des professionnels aux questions de précarité et à l'importance des déterminants sociaux de la santé. Une piste serait d'inclure des indicateurs dans le Dossier médical global.
- Réfléchir à l'élargissement du tiers payant obligatoire (aux non-BIM, aux soins dentaires, etc.). ■

5. La mesure 7.2 du FEADER concerne l'investissement dans la création, l'amélioration ou le développement d'infrastructures dans le domaine de la santé. Elle vise à pallier la raréfaction, voire la pénurie, de certains praticiens dans les zones rurales et à améliorer l'accès aux soins de santé. Quatre appels à projets ont été émis par le Gouvernement wallon entre 2016 et 2018. Parmi les 27 ASI qui correspondaient aux critères d'éligibilité, seules 19 y ont répondu. Une part importante de l'enveloppe budgétaire de départ n'a donc pas été utilisée.